Münster i/W. 1934. No 204 Med Diss.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster/Westfalen.
Direktor: Prof. Dr. Kehrer.

Beziehungen zwischen Unfall und Selbsttötung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster in Westfalen

Vorgelegt von
WILHELM RUST
aus Paderborn/Westf.

Druck von Ferdinand Schöningh / Paderborn

Dekan: Prof. Dr. Klinge
Referent: Prof. Dr. F. Kehrer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster in Westfalen

Meinen lieben Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547224_0205

Beziehungen zwischen Unfall und Selbsttötung.

Unfall und Selbsttötung, zwei Begriffe, die zunächst wesensfremd und unabhängig voneinander erscheinen, lassen bei einer eingehenden Untersuchung Beziehungen und Wesenszusammenhänge von manchmal außerordentlicher Mannigfaltigkeit und Bedeutung erkennen.

Zu zeigen, daß solche Beziehungen manchmal offensichtlich, manchmal aber verschlungen und schwer feststellbar sind, darauf hinzuweisen, daß hier noch namentlich für die medizinische Begutachtungspraxis wichtige Fragenkomplexe der Lösung harren, möge Aufgabe und Zweck dieser Abhandlung sein.

Bei der stets wachsenden Bedeutung des Versicherungswesens und den sich daraus ergebenden ärztlichen Begutachtungen einerseits, den dauernd zunehmenden Unfall- und Selbstmordziffern anderseits, dürfte es eigenartig sein, daß in der Literatur die zwischen diesen beiden Begriffen bestehenden Beziehungen bisher so wenig Beachtung gefunden haben, während das Problem Unfall — Unfallfolge und der Selbstmord an sich dagegen in zahlreichen Schriften und Referaten behandelt ist.

Zu Beginn unserer Ausführungen soll zunächst auf den Selbstmord als solchen unter Berücksichtigung der verschiedenen Gesichtspunkte, welche die statistischen Aufzeichnungen ergeben, eingegangen werden, um damit vor allem die außenseelischen Faktoren in Kürze aufzuführen, die bei dem Problem Selbsttötung in der Begutachtung mit Rücksicht auf die daraus folgende Bedeutung in sozialer und medizinisch-psychologischer Hinsicht keinesfalls

außeracht gelassen werden dürfen und auf die wir im Verlauf unserer Ausführungen häufiger hinweisen werden.

Über die Häufigkeit und örtliche Verbreitung der Selbsttötung erhalten wir ein klares Bild aus den wissenschaftlichen Statistiken, die uns mit erschütternder Deutlichkeit das Anwachsen der Zahl und damit die Bedeutung dieses Problems erkennen lassen.

Folgende Zahlen seien angeführt:

Deutschlands Selbstmorde

im Jahre	1881	9068	Selbstmörder
„ „	1891	10553	„
„ „	1901	11833	„
„ „	1910	13955	„
„ „	1924	14338	„
„ „	1925	15273	„
„ „	1926	16480	„
„ „	1928	16036	„
„ „	1929	16665	„

Selbstmorde in Preußen.

im Jahre	männlich	weiblich	gesamt
1874	2527	548	3075
1884	4691	1209	5900
1894	5287	1343	6630
1902	5738	1489	7217
1906	5584	1714	7298
1927	6707	2763	9470
1928	6690	2840	9530

Die Zunahme der Bevölkerung betrug dabei nur 40%. Ein entsprechendes Anwachsen finden wir auch in den übrigen Staaten, wobei die höchsten Werte stets die sächsischen und norddeutschen Gebiete aufweisen. Ähnlich verhält sich die Selbstmordziffer im Ausland. Hierbei wird eine gewisse Disposition in der Psyche der verschiedenen Volksrassen in ihrer Neigung zur Selbsttötung erkennbar. So ist in Europa in den Teilen mit germanischer

Bevölkerung eine viel größere Neigung zur Selbsttötung feststellbar als bei slawischen, keltischen und romanischen Völkern. Unter den Germanen wiederum weist wie gesagt der sächsische Stamm die höchsten Ziffern auf.

Unter den Geschlechtern überwiegt stets der männliche Teil über den weiblichen im Verhältnis von ungefähr 4 : 1. Man hat diese Tatsache mit dem in der Männerwelt verbreiteten Alkoholismus und mit der größeren Frömmigkeit der Frau zu erklären versucht. Wahrscheinlicher indes dürfte der Hauptgrund im Wesen der beiden Geschlechter zu suchen sein; denn bei der Frau tritt mehr das passive Gefühlsleben in den Vordergrund, und sie zeigt im allgemeinen nicht die aggressive Tatkraft und das energische Entschlußvermögen eines Mannes.

Die Statistik läßt weiterhin einen nicht unbedeutenden Einfluß der Ehe und des Lebensalters erkennen, und zwar wirkt die Ehe und besonders der kinderreiche Familienstand selbstmordbeschränkend. Ferner zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter eine proportional ansteigende Tendenz der Selbstmordkurve, ähnlich der mit dem Alter wachsenden Neigung zu depressiven Geistesstörungen.

Eigentümlicherweise fordert in den verschiedenen Jahreszeiten nicht der not- und krankheitbringende Winter die meisten Selbsttötungen, obwohl er nach den älteren Berichten gerade die geeignetste Zeit zur Entstehung der Selbstmordideen sein sollte, — ähnlich wie England mit seinen nebelreichen und trüben Tagen das klassische Land der Selbstvernichtung wäre, — sondern gerade in unseren schönsten Frühjahr- und Sommermonaten Mai, Juni, Juli erreichen die Zahlen ihren höchsten Wert. Diese Tatsache lehrt nach Gaupp eindringlich, „daß die menschlichen Handlungen, für die man zu allen Zeiten die freie menschliche Entschließung oder jedenfalls rein psychologische Gründe in erster Linie verantwortlich machte, auch von allgemeinen Bedingungen abhängt, die völlig außerhalb des Individuums liegen und denen es ohnmächtig gegenüber steht".

Eigenartige Resultate ergibt auch die Statistik in der Selbstmordhäufigkeit vom Gesichtspunkte des Wirtschaftlebens und der

sozialen Lage der Bevölkerung aus betrachtet. Hier sind es vor allem die gebildeten Stände, so die Gelehrten, Künstler, Industrielle, Großhändler usw., bei denen die Selbsttötung prozentual am meisten getätigt wird, während die bäuerliche Bevölkerung und die ungebildeten Klassen weniger zur Selbstvernichtung neigen. Dabei lehrt die geschichtliche Betrachtung, daß hauptsächlich Zeiten der wirtschaftlichen Depression und Verarmung den Menschen dazu treibt, Hand an sich zu legen, daß dagegen politisch erregte Epochen, wie Revolutionen und Kriege, wo der Mensch durch die Situation mehr zur Beobachtung des allgemeinen Interesses und Wohles gezwungen und vom Strudel der Erregung mit fortgerissen wird, äußerst niedrige Zahlen aufweisen.

Ob die Religion oder bestimmte Religionsarten und Riten die Selbstmordhäufigkeit beeinflussen, ist schwer feststellbar. Immerhin läßt sich sagen, daß Religionen wie der Buddhismus und andere pantheistische und polytheistische Anschauungen mit ihrer indifferenten oder begünstigenden Stellungnahme zur Selbsttötung eine viel größere Summe zeigen, als der Islam und die jüdischen und christlichen Religionen mit ihrer strengen Abkehr vom Selbstmord.

Endlich sei noch in diesem Zusammenhange die Selbsttötung erwähnt, die aus altruistischen und philosophischen Ideen heraus entsteht; zum Beispiel sieht die stoische Schule die Tötung durch eigene Hand als „vernünftigen Tod" an. Auch die Selbstvernichtung im Hinblick auf herannahendes Siechtum, wie sie die alten Leute bei den Germanen häufig an sich vollzogen, und schließlich noch der Suicid bei unheilbaren, chronischen Leiden gehören hierher.

Damit wären im wesentlichen die durch die Statistik erfaßbaren Gesichtspunkte, die sicherlich bei der Beurteilung der Selbsttötung eine wichtige Rolle spielen und Berücksichtigung finden müssen, erschöpft. Doch handelt es sich hierbei stets um Begriffe, die außerhalb der menschlichen Psyche liegen und wohl hauptsächlich als auslösendes Moment und äußerer Anlaß in Betracht gezogen werden dürfen. Wenngleich diese Ergebnisse der Statistik ein wichtiges Diagnostikum für das Selbstmordproblem darstellen, so reichen doch ihre Resultate nicht zur Pathognomonik

desselben aus. Beziehen diese Werte sich doch bestenfalls nur auf außenseelische Faktoren, während über die Erkenntnis der psychologischen Motive diese groben Methoden keine Schlüsse zulassen.

Es bliebe also die Frage zu beantworten, unter welchen seelischen Voraussetzungen die Selbsttötung erfolgt, und damit das vielumstrittene Problem zu erörtern: Können geistig vollständig Gesunde überhaupt Selbstmord begehen, oder handelt es sich hierbei stets um Psychopathen und nervöse Menschen mit verminderter Zurechnungsfähigkeit, die auf ein Erlebnis der Außenwelt hin mit einer derartigen Tat reagieren?

Dazu Stellung zu nehmen, steht uns indes nicht zu. Sind doch in diesem Punkt die widersprechendsten Ansichten namhafter Autoritäten vertreten. So fand Gaupp bei seinen eingehenden psychiatrischen Untersuchungen von 124 Menschen, die nach mißglücktem Selbstmord in der Münchener Klinik eingewiesen wurden, nur eine einzige Person als psychisch gesund, die unter dem Zwange auf sie einstürzender äußerer Momente diesen Schritt unternahm. Er spricht weiter von zahlreichen Selbstmördern, „die man zwar nicht als geistig krank bezeichnen kann, die aber doch krankhafte Züge mannigfacher Art aufweisen. Es sind die Nervösen, Psychopathen, die Entarteten infolge krankhafter Veranlagung. Häufig stammen sie von geisteskranken oder nervenkranken, trunksüchtigen, schwächlichen Eltern ab. Die Entarteten zeigen eine Geistesbeschaffenheit, die für den Selbstmordgedanken einen günstigen Boden abgibt."

Schon bei ganz unwesentlichen Erlebnissen können, wie Gaupp schreibt, die Typen mit ihrer großen Gefühlserregbarkeit, ihrer gesteigerten Empfindlichkeit für unlustbetonte Eindrücke und Erlebnisse und ihren ausgesprochenen egoistischen Trieben infolge ihres erregbaren Seelenzustandes krankhaft mit Selbsttötung reagieren und sich dem Ansturm des Lebens gegenüber als unzureichend erweisen. Fleury und Rieti betrachten die Selbsttötung als den Ausdruck einer abnormen Psyche und Bronkhansky sagt ähnlich, wie schon Esquirol vor hundert Jahren ausgesprochen hat: „Alle Selbstmörder sind Psychopathen oder handeln zumindest

in einem psychischen Ausnahmezustand.“ Demgegenüber stehen wieder zahlreiche Wissenschaftler, wie z. B. Placzek und Rolle, die den Selbstmord für eine bei voller seelischer Ruhe und geistiger Klarheit gewählte Lösung halten, und die Selbsttötung weder als Tat eines geistig nicht Gesunden noch eines Feiglings ansehen wollen.

Es bedürfte einer klaren Analyse der Psyche an sich, wollte man die tieferen psychologischen Motive einer solchen Tat erkennen. Auch lassen sich keine allgemeinen Normen und Gesetze aufstellen, die eine befriedigende Antwort zu geben vermöchten. Muß doch jede Persönlichkeit mit ihrem eigentümlichen Seelenleben anders reagieren, was eine Individualisierung dieses ganzen Problems nötig macht, wobei allerdings allgemeine Faktoren, wie Erblichkeitsgesetze und Einflüsse von Giften wie Alkohol, Morphium, Kokain mit ihren Degenerationserscheinungen an der Persönlichkeit berücksichtigt werden müssen. Wohl läßt sich im allgemeinen sagen, daß die Selbsttötung im großen und ganzen eine egoistische Handlung darstellt, die genährt und gefördert wird durch den Individualismus der Zeit; denn wie wir bereits in den vorher aufgeführten statistischen Ergebnissen zeigen konnten, offenbart der Mensch, eingefügt in den Kreis einer Gesellschaft mit gleichen Interessen und Wünschen, geringe Neigung zum Selbstmord. Seine Trennung aber und Loslösung von dem sozialen Verbande der Gemeinschaft mit der sich daraus entwickelnden egoistisch-geistigen Einstellung treibt nicht selten den Menschen zur Selbsttötung.

Über die Seelenvorgänge und psychischen Motive solcher Menschen, die unter dem Einfluß einer Geisteskrankheit mit ihren uns bekannten Symptomen und Komplexen Hand an sich legen, kann natürlich nicht geurteilt werden. Hier handelt es sich eben um Beweggründe, die nicht einer normalen Psyche, sondern einer Krankheit entstammen. Es sei bemerkt, daß nach Wagner und Kraeplin die Geisteskranken fast ein Drittel der gesamten Selbstmörder bilden.

An erster Stelle unter den Psychosen in der Neigung zur Selbsttötung steht das zirkuläre Irresein besonders in seiner melancholischen Phase mit den Zeichen der traurigen Verstimmung,

ängstlichen Erregung, hypochodrischen Vorstellungen, Verarmungs- und Versündigungsideen und schreckhaften Sinnestäuschungen usw. Doch ist auch bei den übrigen Typen der psychisch Erkrankten mit Suicid zu rechnen; so bei manchen katatonen Formen, bei den depressiven Zuständen der Arteriosklerose, bei der progressiven Paralyse, den Alkoholpsychosen (besonders in der akuten Halluzinose der Trinker und dem pathologischen Rausch), ferner im epileptischen Dämmerzustand und endlich nicht zuletzt bei den traumatischen Folgezuständen, wie sie im Anschluß an einen Unfall auftreten können. Gerade die Selbsttötung in dem letztgenannten Falle bildet ein Problem, dessen Lösung, namentlich im Hinblick auf die Entwicklung des heutigen Versicherungswesens, für die ärztliche Begutachtung von größter Wichtigkeit ist. Wird doch in einem solchen Fall die Frage zu beantworten sein: „Steht die Selbsttötung im ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall?"

Nachfolgende Fälle, die in der Münsterischen psychiatrischen Klinik zur Begutachtung kamen, mögen als Beispiel dienen:

Fall I.

Der Landwirt F. K. erlitt am 28. 3. 1927 einen Unfall auf seiner Arbeitsstätte, wo ihm an einer Drehbank eine Holzscheibe von ca. 23 cm Durchmesser, 4 cm Dicke, die beim Abdrehen in ihrer Leimfuge auseinanderging, mit großer Wucht an den Kopf flog.

F. K. wurde durch die Wucht des Anpralles einige Meter zurückgeschleudert, und soll dann einen Moment ohne Bewußtsein gelegen haben. Äußerlich war eine Rißwunde an der Stirn sichtbar, die in ca. 3 cm langer linearer Ausdehnung sich von der Mittellinie der Stirn schräg nach links oben erstreckte, ohne daß der Knochen mitbeteiligt war. Die Wunde wurde von einem Werkstättensanitäter versorgt, und der Verunglückte konnte darauf seine Arbeitsschicht zu Ende arbeiten. Da die sich gleich nach dem Unfall eingestellten heftigen Kopfschmerzen nicht nachließen, suchte F. K. drei Wochen später seinen Arzt auf, der den Patienten krank schrieb. Die Beschwerden, wie Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, besserten sich auch in der Folgezeit nicht. Darauf wurde der Patient auf Anraten seines Arztes, der ihn von früher her kannte und bemerkt

hatte, daß der früher stets heitere, zufriedene und arbeitsame Mann jetzt einen gedrückten, melancholischen Eindruck machte, daß ihm jede Energie zur Arbeit fehlte, und er gegen früher eine erschwerte Auffassung zeigte, in eine Erholungsstätte gebracht, wo er sich zwei Tage später nach seiner Ankunft am 26. 5. 1927 von einem Balkon in selbstmörderischer Absicht, wie die Untersuchung sicher ergab, herabstürzte. Die Folgen des Sturzes führten bald darauf zum Tode des F. K.

Auf Wunsch der Angehörigen, die eine geistige Veränderung nach dem Unfall vom 28. 3. 1927 festgestellt zu haben glaubten, wurde eine Sektion durch Dr. F. vorgenommen, die an der alten Unfallnarbe auf der Stirn keine Verletzung am Schädelknochen, wie auch an keiner anderen Stelle des Schädels, ergab. Die harte Hirnhaut war etwas schwerer als gewöhnlich ablösbar. Sonst zeigten die Gehirnhäute wie auch das Gehirn keine pathologischen Veränderungen. Ferner wurde eine geringe arteriosklerotische Veränderung an den Herzkranzgefäßen und der Aorta festgestellt. Als Folgen des Suicid-Versuches ergaben sich mehrere Bruchstellen der Rippen und des Brustbeins, sowie des linken Oberschenkels, ferner einen langen Riß an der linken Seite des Herzbeutels, durch den das Herz in die linke Brusthöhle verlegt war. Als Todesursache wurden verzeichnet: komplizierte Knochenbrüche, Zerreißung des Herzbeutels mit Durchtritt des Herzens in die linke Brusthöhle, Blutung in die Brusthöhle, sowie Fettembolie der Lunge.

Auf Grund seines Sektionsbefundes glaubt Dr. F. im Gutachten über die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Tod des F. K. eine mittelbare Beziehung zwischen Unfall und Tod mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen zu müssen. Er nimmt an, daß es sich bei F. K. um eine psychopathische Persönlichkeit gehandelt habe; während der Beschäftigung im Betrieb seien Depressionszustände durch die Arbeitsablenkung nicht zum Durchbruch gekommen, und sie hätten erst während des Krankfeierns überhand genommen. Weder sei durch den Unfall der psychopathische Zustand des F. K. wesentlich verschlimmert worden, noch sei ein Beweis erbracht, daß die Kopfschmerzen auf den Unfall

zurückzuführen seien. Auch jedes andere Ereignis, das F. K. auf kürzere oder längere Zeit zum Krankfeiern gezwungen hätte, würde einen solchen Depressionszustand ausgelöst haben können.

Auf Grund dieses Begutachtungsbefundes wurde die Hinterbliebenenrente von der Versicherung abgelehnt.

Gegen diesen Entscheid wurde Einspruch erhoben und um psychiatrische Begutachtung gebeten, die darauf von der psychiatrischen Klinik in Münster erfolgte.

Die von letzterer Instanz vorgenommene Anamnese des Verstorbenen F. K. durch dessen Ehefrau, deren Angaben durch den Arzt des betreffenden Ortes, der F. K. sowohl vor als auch nach dem Unfall stets behandelt hatte, bestätigt werden konnten, ergab folgendes:

In der Familie sind keine Nervenkrankheiten bekannt. Aus der Ehe des Verstorbenen stammen vier Kinder, die alle gesund sind. Kein Kind gestorben, keine Fehlgeburt. Patient selbst war stets ruhig, zufrieden und fleißig, fast immer heiter, ohne ausgelassen zu sein. Er trank nicht und rauchte wenig. Bei seinem Tode war er 59 Jahre alt. Nach dem Unfall am 28. 3. 1927 habe sich sein Wesen völlig geändert. Er sei stiller geworden, oft in manchen Sachen auffallend eigen und bei minimalen Anlässen leicht beleidigt gewesen. Tags über habe er sich oft an die Stirn gegriffen und öfters beteuert: „da (im Kopf) ändere sich etwas." Auch glaubte er bemerkt zu haben, daß seine Ehefrau und Kinder nicht mehr so gut zu ihm seien, vielmehr eine gewisse Scheu und Feindseligkeit ihm gegenüber an den Tag legten. Der Schlaf des F. K. sei sehr schlecht gewesen. Er habe viel wach gelegen und dann öfters über die Vorkommnisse des Tages laut vor sich hin gesprochen. Es würde nie wieder besser mit ihm, habe er bisweilen behauptet. Täuschungen optischer oder akustischer Art oder gar Selbstmordgedanken habe er nicht geäußert. Fast täglich seien ein- bis zweimal Schwindelanfälle aufgetreten, deren jeder ca. 10 Minuten gedauert hätten. Während der Anfälle habe er sich hingesetzt und dabei den Kopf gestützt. Hingefallen sei er im Verlauf der Anfälle nie, auch Krämpfe und andere

abnorme Gebärden sowie irgendwelche Bewußtseinstrübungen und dergleichen seien nie feststellbar gewesen.

Auf Grund dieser Anamnese und des Aktenmaterials kommt die psychiatrische Universitätsklinik Münster zu der Auffassung, daß F. K. vor seinem Tode an einem mehr oder minder starken melancholischen Verstimmungszustand gelitten habe.

Im Gutachten der Klinik heißt es u. a. „Leider ist eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns unterblieben, so daß sich über die körperlichen Symptome dieses Verstimmungszustandes nichts Sicheres sagen läßt. Die Berichte und Aussagen sprechen jedoch dafür, daß der Selbstmord nicht der Ausfluß eines groben organischen Hirnleidens ist. Auf der anderen Seite ließen sich bei entsprechender Nachforschung aber auch keine Anhaltspunkte dafür finden, daß der zur Selbsttötung führende Depressionszustand Ausdruck eines sogenannten manisch-melancholischen Irreseins bzw. einer konstitutionellen Melancholie ist, welche sich auf dem Boden einer kennzeichnenden erblichen Anlage entwickelt hätte. Es ist daher das Wahrscheinlichste, daß dieser gemütliche Verstimmungszustand im wesentlichen durch irgendwelche äußeren Einflüsse hervorgerufen ist, und zwar ist es nach dem zeitlichen Zusammenhang also überwiegend wahrscheinlich, daß der Unfall als Ganzes den Verstimmungszustand verursacht hat. Es ist dabei mehr oder weniger unerheblich, ob man annehmen will, daß durch die Gewalteinwirkung auf den Schädel allerfeinste (molekulare) Veränderungen im Gehirn hervorgerufen worden sind, die zur Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit geführt haben, auf die F. K. dann mit der Gemütsverstimmung geantwortet hat, oder ob letztere die Reaktion auf starke Beschwerden von seiten des Kopfes dargestellt hat.

Es ist überwiegend wahrscheinlich, das die melancholische Gemütsverstimmung des F. K., welche zur Selbsttötung geführt hat, eine Folge des Unfalles vom 28. 3. 1927 darstellt.

Über die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbsttötung im Falle des F. K. sind also von den Begutachtern zwei entgegengesetzte Anschauungen vertreten, die sich grund-

sätzlich darin unterscheiden, ob die Entstehung des gemütlich-depressiven Verstimmungszustandes des F. K., unter dessen Einfluß die Selbsttötung erfolgte, als direkte Folge des Unfalles anzusehen ist oder nicht.

Die Lösung des letzteren Problems, nämlich das Auftreten psychischer und nervöser Störungen nach Traumen und Verletzungen, erhält nach Einführung des Unfallversicherungs-Gesetzes in Deutschland im Jahre 1884 ihre fundamentale Bedeutung für medizinisch-juristische Entscheidungen. Hier interessieren nicht nur die Geistesstörungen im Anschluß an schwere Schädeltraumen mit gleichzeitiger Verletzung des Gehirns, sondern vor allem auch das Entstehen von Psychosen und nervösen Erscheinungen, die sich, wie der oben geschilderte Fall des F. K. zeigt, nach Verletzungen leichterer Art, ohne direkte Schädigung des Zentral-Nerven-Systems entwickeln können, und die in ihrer Beurteilung die widersprechendsten Meinungen aufkommen lassen. Man bezeichnet die letztere Krankheitserscheinung, die sich aus einem Gemisch psychischer und psychogen entstandener nervöser Komponenten zusammensetzt, als Neurose oder Psychoneurose nach Traumen oder auch, um mit Oppenheim zu sprechen, als eine traumatische Neurose. Hierbei treten bald mehr die nervösen Störungen, bald mehr die psychischen in den Vordergrund. Meist wird das Krankheitsbild beherrscht von einer depressiven Gemütsveränderung der Kranken. Sie äußern vielfach hypochondrische Ideen über die Unheilbarkeit oder Verschlimmerung ihres Leidens, sind in sich gekehrt, weinerlich, leicht gereizt, klagen über Kopfschmerzen und Schwindel und sehen sich und ihre Umgebung als verändert an, wobei ihnen jegliche Energie zur Arbeit oder zu geistigen Leistungen fehlt.

Dieser Symptomen-Komplex der traumatischen Neurose, wie er auch bei dem von uns beschriebenen Fall als Unfallfolge auftrat, erfährt in den von namhaften Wissenschaftlern aufgestellten Theorien eine unterschiedliche Wertung.

Nach der von Stier vertretenen Auffassung, der das Reichsversicherungsamt hervorragende Bedeutung zugemessen hat, sind die Erscheinungen der traumatischen Neurose auf wunschbedingte

Vorstellungen zurückzuführen. Auch von Strümpell wurde darauf hingewiesen, daß der vom Unfall betroffene Kranke in seiner Untätigkeit sich allzu gerne der Beschäftigung mit seinem körperlichen Leiden hingäbe, stets bereit, neue Beschwerden an sich zu entdecken, und daß gerade diese Ideen hypochondrischer Art in engster Beziehung zu Vorstellungen ständen, die durch das Unfallversicherungsgesetz selbst hervorgerufen seien. Er nennt sie Begehrungsvorstellungen und sieht hierin die Grundlage aller der nach Unfall entstehenden Psychoneurosen.

Demgegenüber geht die Oppenheimsche Theorie, die früher in der Spruchpraxis der Versicherungsbehörden entscheidenden Einfluß ausübte, davon aus, daß es sich bei den Unfallneurosen um unsichtbare, molekulare Veränderungen der Nervensubstanz handele, eine Auffassung, die zwanglos eine Bejahung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Unfallfolge ergibt. Die Stellungnahme des Reichsversicherungsamtes bei Entscheidungen einer Unfallneurose erfolgte in engster Anlehnung an die von Stier vertretene Theorie. Hiernach ist ein Unfall als wesentliche Ursache der Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten abzulehnen, wenn sie lediglich in seiner Vorstellung krank zu sein, oder in mehr oder minder bewußten Wünschen begründet ist. Dies gilt auch, wenn der Versicherte sich aus Anlaß seines Unfalls in den Gedanken, krank zu sein, hineingelebt hat, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt worden sind.

Der von uns oben beschriebene Fall des F. K. zeigt indes eindringlich, welche Schwierigkeiten bisweilen bei solchen Entscheidungen entstehen können, und warnt davor, alle nach Unfall entstehenden Psychoneurosen kurzerhand durch Wunsch- und Begehrungsvorstellungen begründen zu wollen. Zwar bildete sich auch bei dem verunglückten F. K. ein Krankheitsbild heraus, das fast ganz dieselben Erscheinungen bot, wie sie als charakteristische Symptome der auf Wunsch bedingte Vorstellungen beruhenden Neurose nach Traumen angeführt werden. Doch ergibt die Berücksichtigung aller Momente, besonders die Entwicklung und der Aus-

gang des Leidens beim F. K., vor allem auch dessen krankhafte Idee, er könne noch Unannehmlichkeiten durch die verspätete Unfallanmeldung haben und die Aussage des behandelnden Arztes, daß dem F. K. nichts an Rentenansprüchen gelegen wäre, vielmehr er es am liebsten gesehen hätte, wenn die Unfallmeldung hätte zurückgezogen werden können, daß in diesem Fall von einer lediglich aus Begehrungsvorstellungen entstandenen Neurose wohl kaum die Rede sein kann. Auch die von dem Dr. F. als dem ersten Begutachter im Falle des F. K. in der Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbsttötung vertretene Meinung, daß es sich also bei F. K. um eine psychopathische Persönlichkeit gehandelt habe, bei der erst durch das „Krankfeiern" Depressionszustände zum Durchbruch gekommen wären, müssen wir auf Grund der Eigen- und Familien-Anamnese sowie der Aussage des Arztes, der den F. K. von früher her kannte und ihn auch behandelt hat, ablehnen; zumal während des Krankfeierns nach anderen früheren Unfällen und Verletzungen leichterer Art niemals ähnliche Erscheinungen aufgetreten sind.

Wie wenig dazu noch ein Sektionsbefund, der makroskopisch keine pathologischen Veränderungen aufwies, zur Begründung einer Begutachtungseinstellung herangezogen werden kann, bedürfte keiner Erwähnung; denn bei der mangelhaften Kenntnis der anatomischen Unterlagen der seelischen Funktion, sowohl der normalen als auch der pathologisch veränderten, müssen stets Versuche, durch Sektionsbefunde eine Klärung herbeizuführen, skeptisch beurteilt werden. Dagegen lassen sich in manchen Fällen als organische Störungen nach den neueren Forschungen O. Försters und seiner Schüler Schwab und Bielschowsky beim Lebenden als Unfallfolge, selbst nach Verletzungen und Traumen leichterer Art, auch bei jeglichem Fehlen ausgesprochener Herdsymptome durch eine Kombination der Liquordruckmessung, sowie der Prüfung der Liquorresorption und Liquorpassage und durch die Anwendung der Enzephalographie ausgeprägte Störungen im Liquorsystem nachweisen. Über ähnliche Beobachtungen berichtet Schultze, der bei einem Kranken nach einem Trauma, ohne daß röntgenologisch ein Defekt feststellbar war, bei einem Liquordruck

von 190—200 mm eine deutliche Eiweißreaktion von „meningitischem“ Typus nachweisen konnte. Bei dem von ihm beschriebenen Kranken war lediglich eine Pseudodemenz vom Begutachter angenommen, so daß ihm die Rente entzogen wurde. Eiweißvermehrung im Liquor wurde auch in der Nonneschen Klinik oft sogar nach Jahren nach früher erlittenen Schädeltraumen festgestellt, wobei von den Kranken regelmäßig über Kopfweh, Schwindel und „Dösigkeit“ geklagt wurde.

Zusammenfassend also können wir über den von uns angeführten Fall sagen, daß F. K. vor seinem Selbsttod, wie von beiden Begutachtern auch zugegeben wird, tatsächlich an einem nach dem Unfall aufgetretenen gemütlichen Depressionszustand gelitten hat. Die Auslegung, daß es sich in dem genannten Fall um die Auswirkung einer erblichen, konstitutionellen Melancholie handelt, dürfte bei dem Fehlen von irgendwie verwertbaren Anhaltspunkten in der Eigen- und Familienanamnese nicht zu Recht bestehen. Andererseits lassen sich aber keine bestimmenden Momente dafür finden, daß das Leiden lediglich eine Manifestation latenter Anlagen darstellt, die vor dem Unfall durch Arbeitsablenkung nicht hervorgetreten seien. Auch der makroskopisch nichtpathologische Sektionsbefund kann, zumal noch eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns unterblieb, nicht zur Beurteilung herangezogen werden. Daß der Unfall trotzdem vielleicht organische Störungen zur Folge hatte, würde unter Umständen eine Messung des Liquordruckes und die Untersuchung der Liquorresorption, Liquorpassage und der Eiweißreaktion, sowie die Anwendung der Enzephalographie bei Lebzeiten des F. K. ergeben haben.

Unter Berücksichtigung all dieser Gesichtspunkte können wir den erlittenen Unfall nicht nur als Ursache des entstandenen Verstimmungszustandes des F. K. ausschließen, sondern müssen ihn nach den zeitlichen Zusammenhängen als überwiegend wahrscheinlich annehmen und damit einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Selbsttötung, die unter dem Einfluß des durch durch das Trauma bedingten Leidens erfolgte, bejahen.

Fall II.

Ein weiteres Beispiel möge noch angeführt sein, bei dem ebenfalls von den Begutachtern die Beantwortung der Frage eines eventuellen Zusammenhanges zwischen Unfall und Selbsttötung gefordert war, das aber wesentlich andere Eigentümlichkeiten und Merkmale aufweist, als der von uns im Vorhergehenden geschilderte Fall des F. K.

Am 20. I. 1925 fiel der Erdarbeiter T. F. bei seiner Arbeit von einer Mauer in die 2 m tiefe Kläranlage. Das Bewußtsein blieb erhalten. Der Verunglückte wurde sofort ins Krankenhaus geschafft, wo als Unfallfolge Wirbelsäulen- und Gesichtsverletzungen festgestellt wurden. Nach 6½monatiger Krankenhausbehandlung wurde T. F. auf eigenen Wunsch und wegen Unverträglichkeit seinen Krankensaalgenossen gegenüber entlassen. Bei der Entlassung war folgender Befund erhoben: Wirbelsäule ist auf Beklopfen schmerzhaft, T. F. kann ohne Stock nur mühsam gehen, der Gang ist spastisch. Seitliches Rumpfdrehen und Bücken erschwert. Patellarreflex rechts stark gesteigert, Babinski rechts positiv, Fußsohlenreflex rechts gesteigert. Die Finger der rechten Hand können nicht völlig gestreckt werden, und der Zeigefinger bleibt bei Faustschluß im rechten Winkel zur Mittelhand stehen.

In der vom Oberversicherungsamt erbetenen Begutachtung wurde folgendes mitgeteilt: Durch den Sturz sind ausgedehnte Blutergüsse in das Rückenmark und den Rückenmarkskanal bedingt, die obige Erscheinungen erklären lassen. Die Erwerbsverminderung wurde auf 100 % geschätzt.

Daraufhin wurde dem T. F. die volle Rente gewährt.

Bei einer Nachuntersuchung nach ca. ½ Jahr nach dem letzten Befund war zu den obigen Beschwerden noch Schütteln im rechten Bein und eine Beugkontraktur am rechten Vorderarm festzustellen. Die ein Jahr später erfolgte Nachuntersuchung ergab eine vermehrte allgemeine Schwäche; der Gang war sehr schwankend, Patellarreflex jetzt beiderseits stark gesteigert, Babinski rechts positiv, links angedeutet. Zittern in beiden Beinen vorhanden. Auch die späteren Befunde zeigten stets ein Fortschreiten des

Leidens. Inzwischen wurde der Kranke bettlägerig und mußte sich am 8. 4. 1929 in stationäre Krankenhausbehandlung begeben. Der Krankheitszustand war verschlimmert. Es bestanden eine Lähmung beider Beine, Dekubitus am Kreuzbein und den Fußknöcheln, sowie Schwäche des rechten Armes. Bauchdecken- und Kremasterreflex waren nicht auslösbar.

Am 18. 9. 1929 erfolgte Exitus durch Erhängen.

Die Anamnese des T. F. ergibt folgendes: Es handelt sich um einen trunksüchtigen, zanksüchtigen und im alkoholischen Erregungszustand gewalttätigen Menschen, der mit seinen Nachbarn und Bekannten schlecht auskam und um seine Familie sich wenig kümmerte. Nach seinem Unfall wurde sein Benehmen unerträglich. Bereits während des Krankenhausaufenthaltes hatte er stets Streit mit den übrigen in seinem Saal untergebrachten Kranken. Nach der Entlassung trieb sich T. F. mit seinem ihm beigegebenen Krankenpfleger viel in Wirtschaften umher. Dabei gebrauchte er häufig Redensarten wie „totschlagen und aufhängen". Bei einer Nachuntersuchung hatte er bereits morgens um 9 Uhr im Hause des Arztes unter dem Einfluß von Alkohol einen Tobsuchtsanfall. Anfang 1929 soll er angeblich versucht haben, sich die Pulsader zu durchschneiden. Häufig sei er stark betrunken nach Hause gekommen und habe furchtbar mit der Ehefrau geschimpft und sogar mit einem feststehenden Messer nach ihr geworfen. Tat die Ehefrau nicht bedingungslos seinen Willen, so habe er gedroht: „Ich nehme mir das Leben, ich hänge mich auf". Bei der Verhandlung über Gewährung von Hinterbliebenenrente betonte der Arzt, in dessen Krankenhaus T. F. zuletzt noch kurz vor dem Suicid behandelt worden war, daß der Patient während dieser Zeit keine Zeichen von Unzurechnungsfähigkeit geboten hätte, daß er aber durch die Aussichtslosigkeit der Heilung seines Leidens und dessen dauernder Verschlimmerung seelisch stark deprimiert gewesen sei.

In dem darauf von der Bonner Universitätsklinik beigebrachten Gutachten wurde die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Selbstmord und dem erlittenen Unfall bestehe, dahin beantwortet, daß mit Wahrscheinlichkeit ein solcher Zusammenhang angenommen

werden müsse. In der Frage der Zurechnungsfähigkeit bei dem Suicid kommt der Gutachter zu dem Schluß, „daß zur Zeit der Verübung des Selbstmordes eine die freie Willensbestimmung aufhebende krankhafte Geistesstörung zwar nicht mit aller Sicherheit ausgeschlossen werden kann, aber doch als unwahrscheinlich zu bezeichnen ist".

Ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente wurde daraufhin aberkannt, da eben der Tod des Verletzten am 13. 6. 1929 nicht eine Folge des am 20. 1. 1925 erlittenen Unfalles sei.

Gegen diese Entscheidung legte die Witwe des T. F. Berufung ein, und in einem ärztlichen Zeugnis teilt Dr. S. mit, daß er den Verstorbenen T. F. fortlaufend beobachtet und den Eindruck gewonnen habe, daß F. an psychischen Störungen gelitten habe. Es erscheine ihm deshalb durchaus nicht unwahrscheinlich, daß T. F. bei Begehung der Selbsttötung unzurechnungsfähig war. Das Gutachten der Bonner Universitätsklinik könne nicht als einwandfrei bezeichnet werden, da es sich nicht auf eigene Beobachtungen bzw. Untersuchung stütze.

In der darauf vom Oberversicherungsamt erbetenen Stellungnahme des Dr. S. zum Gutachten der Bonner Klinik weist dieser darauf hin, daß er T. F. meist in einem Zustande höchster Depression, oft anscheinend völlig teilnahmslos vorgefunden habe; auf Ansprache habe der Patient meist garnicht reagiert. Seine üblichen Redensarten seien meist gewesen: „Er mache nicht mehr lange mit". Der Gutachter hält es für wahrscheinlich, daß T. F. zur Zeit der Begehung des Selbstmordes unzurechnungsfähig war.

Daraufhin wurde ein Obergutachten der psychiatrischen Universitätsklinik in Münster eingeholt, das u. a. folgendes ausführte: „. . . Sicher ist, daß das Rückenmarksleiden des T. F., wie es auch bei sogenannten traumatischen Rückenmarksschädigungen nicht selten der Fall ist, im Laufe der Jahre, insbesondere der letzten Monate des Jahres 1928, eine erhebliche Verschlechterung erfahren hat, insofern T. F. fast dauernd bettlägerig, jedenfalls schließlich nahezu hilfslos wurde, und Druckgeschwüre am Kreuzbein und am Fußknöchel sich ausbildeten. Wegen letzterer mußte er am 8. 4. 1929 in ein Krankenhaus verlegt werden, wo er, wie

es heißt, „viele Spritzen“ erhielt. Es muß geschlossen werden, daß er Morphium bekam, daß diese Störungen also erheblicher Natur waren. Wenngleich vermerkt wird, daß er während dieses Krankenhausaufenthaltes keine eigentlichen „Geistesstörungen“ bot, so geht doch aus dem Bericht des behandelnden Arztes einwandfrei hervor, daß F. durch sein überaus schweres Leiden und dessen dauernder Verschlechterung wie durch die Aussichtslosigkeit der Erkrankung, seelisch stark bedrückt war ... Dafür sprechen auch die Mitteilungen des Herrn Dr. S. (Es folgt jetzt die obendargelegte Stellungnahme dieses Arztes). ... Unterstellt man diese Darstellung als richtig, und wir sehen keinen Grund, an ihrer Richtigkeit zu zweifeln, so hat T. F. also in der Zeit vor seinem Tode zwar nicht eine Geisteskrankheit in dem Sinne, wie gemeinhin dieser Ausdruck gebraucht wird, geboten, wohl aber eine traurige Gemütsverstimmung, die dem Bilde einer Melancholie entspricht. Danach muß es als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet werden, daß der Selbstmord die Folge einer krankhaften Seelenstörung gewesen ist. Dem widerspricht es auch durchaus nicht, daß diese Gemütsverstimmung psychologisch verständlich und einfühlbar war, d. h. die Reaktion auf ein hoffnungsloses, zum Tode führendes körperliches Siechtum gebildet hat, das seinerseits die alleinige mittelbare Folge des Unfalls gewesen ist. ... Zusammenfassend ist zu sagen: T. F. beging den Selbstmord höchstwahrscheinlich in einem Zustande trauriger Verstimmung, die seine freie Willensbestimmung in dieser Richtung aufhob. Diese krankhafte Gemütsstörung ist sicher zu überwiegendem Teile die Folge eines durch den Unfall vom 20. 1. 25 hervorgerufenen Rückenmarkleidens, also mittelbare Unfallfolge.“

So das Obergutachten der psychiatrischen Universitäts-Klinik in Münster.

Wiederum treten also bei diesem Fall enge Beziehungen zwischen Unfall und der darauf erfolgten Selbsttötung hervor. Wiederum wird geradezu gebieterisch von den Begutachtern eine tiefschürfende Klärung dieser Zusammenhänge gefordert. Doch werden gegenüber dem zuerst beschriebenen Fall des F. K. bei dem gegenwärtigen wesentlich andere Momente Ausgangspunkt der Unter-

suchung über die Wesenszusammenhänge zwischen Unfall, — Unfallfolge — und Selbsttötung.

Während sich bei dem früher angeführten Paradigma als Unfallfolge die Symptome einer traumatischen Neurose, also in der Hauptsache seelische Veränderungen einstellten, wird im Falle des T. F. zunächst das Krankheitsbild von organischen durch den Unfall bedingte Schädigungen beherrscht. Es handelt sich hierbei nach dem Bericht des behandelnden Arztes um durch den Sturz verursachte Blutergüsse in das Rückenmark und den Rückenmarkskanal, welche die Krankheitserscheinungen bei dem T. F. erklären. Ob es sich dabei um eine unmittelbare oder mittelbare Quetschung des Rückenmarkes handelt, (etwa durch Wirbelbruch oder dergl. verursacht) läßt sich an Hand der Akten nicht entscheiden. Fest steht, daß das Krankheitsbild zunächst nur eine gewisse Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule bei Beklopfen aufweist, weiterhin eine Erschwerung beim Bücken und Rumpfdrehen. Ferner bildet sich bald ein spastisch mühsamer Gang, eine Streckungsinsuffizienz der Finger an der rechten Hand, sowie ein stark gesteigerter Patellar- und Fußsohlenreflex der rechten Seite und ein positives Babinskisches Phänomen heraus.

Jede Nachuntersuchung läßt einwandfrei eine stete Neigung zur Verschlimmerung der Krankheit erkennen. Im weiteren Verlauf der Krankheit kommt es allmählich zu einer vollkommenen Lähmung beider Beine, dazu treten Schwäche des rechten Armes und große Dekubitalgeschwüre, die eine Krankenhausbehandlung des T. F. erfordern, während dann mit Rücksicht auf die erhebliche Natur dieser Störungen sogar zu Narkotika gegriffen werden mußte. Nach dem Unfall entwickelt sich also allmählich ein Leiden, das bis zur völligen Hilflosigkeit des Verunglückten, eines früher vollkommen körperlich gesunden, wenngleich auch moralisch minderwertigen Mannes, führt.

In der Frage nun, ob bei der darauf erfolgten Selbsttötung eine geistige Zurechnungsfähigkeit des T. F. und damit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Suicid in dem einen oder anderen Sinne anzunehmen sei, gehen die Meinungen der Gutachter auseinander.

Auf der einen Seite wird im Augenblick der Verübung des Selbstmordes eine die freie Willensbestimmung aufhebende, krankhafte Geistesstörung zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, aber doch als unwahrscheinlich bezeichnet; während auf der anderen Seite das Obergutachten der Münsterischen psychiatrischen Universitäts-Klinik die Auffassung vertritt, daß T. F. vor seinem Tode an einer traurigen Gemütsverstimmung litt, die gewissermaßen die Reaktion auf ein hoffnungsloses, zum Tode führendes körperliches Siechtum ist, und auf Grund deren dann der Selbstmord höchstwahrscheinlich im Zustande einer traurigen, die freie Willensbestimmung in dieser Richtung aufhebenden Verstimmung begangen wurde.

Der Standpunkt des ärztlichen Gutachters in dieser Frage ist aber für die Spruchpraxis und Einstellung der Berufsgenossenschaften usw. bei Erledigung von Rentenansprüchen und dgl. entscheidend. Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 12. 3. 1929 besteht nämlich zwischen Selbstmord und Unfall erst dann ein Zusammenhang, wenn der Unfall Ursache einer Geisteskrankheit war und ein Selbstmord im Verlauf dieser Geisteskrankheit verübt wurde. Ein Zusammenhang zwischen (Betriebs-) Unfall und Selbstmord sei aber abzulehnen, wenn der Selbstmord in der klaren Erkenntnis begangen wurde, daß eine Heilung der Folgen des (Betriebs-)Unfalles nicht mehr zu erwarten sei.

Es handelt sich hier also um eine Entscheidung, die auch für die Beurteilung unseres Falles zugrunde gelegt werden muß. Geschah also die Selbsttötung des T. F. in der klaren Erkenntnis, daß die Unfallfolgen sich ständig verschlimmerten und eine Ausheilung nicht mehr erhoffen ließen, so ist nach dem Standpunkt des R. V. A. jeglicher Zusammenhang zwischen unserem Betriebsunfall und der Selbsttötung auszuschließen.

Sinngemäß der oben zitierten Entscheidung des R. V. A. bliebe in unserem Falle nunmehr zu untersuchen ob der Unfall eine Geisteskrankheit auslöste, oder aber ob die Selbsttötung im Zustande einer Unzurechnungsfähigkeit erfolgte, die eine klare Erkenntnis ausschließt.

Ob sich bei dem T. F. nach dem erlittenen Unfall eine krank-

hafte Geistesveränderung einstellte, läßt sich an Hand des Aktenmaterials nicht ohne weiteres feststellen. Wohl ist daraus zu erkennen, daß der Verunglückte bereits vor seinem Unfall ein trunk- und zanksüchtiger, sowie im alkoholischen Erregungszustand gewalttätiger Mensch war, dessen Benehmen sich nach dem Unfall bis zur Unerträglichkeit steigerte. Charakteristisch hierfür ist ein Brief des Erkrankten an die Berufsgenossenschaft, in dem er u. a. schreibt: „Ich muß in eine Nervenanstalt, da ich sonst nicht mehr weiter machen kann, oder ich muß mir das Leben nehmen."

Weitere genauere Beobachtungsergebnisse über die Psyche des T. F. sind leider trotz der häufigen ärztlichen Nachuntersuchungen in den Akten nicht verzeichnet. Bei unserer Untersuchung über den evtl. Eintritt eines veränderten Gemütszustandes können wir uns lediglich auf das Gutachten und den Bericht des Dr. S. stützen. Dr. S. hat, wie er angibt, den T. F. mehrere Jahre hindurch fortlaufend beobachtet, und dabei die Überzeugung gewonnen, daß der Verunglückte unter psychischen Störungen litt. Meist stellte er bei dem T. F. einen Zustand höchster Depression und eine derartige Teilnahmslosigkeit fest, daß der Kranke auch nicht auf Anspruch hin reagierte. „Ich mache nicht mehr lange mit", sei eine immer wiederholte Redensart des Kranken gewesen.

Nach diesem Bericht muß also doch wohl angenommen werden, daß sich bei dem T. F. eine seelische Veränderung nach dem Unfall eingestellt hat. Für die Beurteilung des Falles T. F. ist es nun unerheblich, ob diese seelische Veränderung in einer durch den Unfall bedingten, direkten Schädigung des Zentralnerven- oder Liquorsystems begründet liegt oder aber, was auch wahrscheinlicher ist, ob die traurige Gemütsverfassung, die einer Melancholie ähnelt, als eine Reaktion der fortwährenden quälenden Grübelei des Kranken über sein unheilbares, zum Tode führendes Leiden zu werten ist.

Wie bei Behandlung der außenseelischen Faktoren schon erwähnt, sind in der Literatur Fälle bekannt, in denen Menschen nach Erkenntnis ihres chronischen körperlichen Leidens Symptome einer Melancholie aufwiesen, und daß sie unter der Wucht dieser Erkenntnis nicht mehr die Kraft zur Lebensbejahung und zur Verwindung ihres Unglückes aufbringend, ihrem Leben ein Ende machen.

Von dem Vorhandensein einer klaren Erkenntnis kann dabei keine Rede sein, denn eine solche Tat entspricht in diesem Falle nicht dem vernünftigen Denken und Wollen, sondern der krankhaft veränderten Psyche einer Person. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen können wir also im Sinne der oben angeführten Entscheidung des R. V. A. einen Zusammenhang zwischen Unfall und Selbsttötung annehmen, da T. F. unmittelbar vor dem Suicid mit großer Wahrscheinlichkeit an einer Gemütsstörung krankte, die eine freie Willensbestimmung aufhob, und die entweder als eine Schädigung des Zentralnervensystems entstandene Folge des Unfalles vom 20. 1. 25, oder aber als eine mittelbare Unfallfolge anzusehen ist, hervorgerufen etwa durch den Eintritt eines hoffnungslosen Siechtums. Ein Unterschied in der Bewertung eines Suicids als mittel- oder unmittelbare Unfallfolge wird bei den maßgebenden Versicherungskörperschaften nicht gemacht. Hat sich doch das R. V. A. wiederholt dahingehend ausgesprochen, „daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Betriebsunfall und Tod des Verletzten auch dann gegeben ist, wenn der Tod nur eine mittelbare Folge des Unfalles ist; sei es, daß er seinen Grund in einer an sich vom Unfall unabhängigen neuen Krankheit hat, deren Entstehung aber bei dem Verletzten durch die natürlichen Folgen des Unfalles im besonderen Maße begünstigt worden ist, sei es, daß er durch besondere, äußerlich betrachtet von dem Unfall und dessen unmittelbaren Folgen zunächst unabhängige Umstände herbeigeführt wird, deren schädlichen Einwirkungen der Verletzte aber erst durch den Unfall und seine Folgen in einem das Ergebnis wesentlich mitbestimmenden Maße ausgesetzt ist.“ (Reichsversicherungsordnung: § 555, 586, Rek.-Senat. 23. 1. 1919, 1. a. 930/18.)

Fall III.

Es sei nun noch ein weiterer Fall aus der Praxis angeführt, der zur Kennzeichnung und Präzisierung des Fragenkomplexes der Beziehungen zwischen Unfall und Selbsttötung sehr geeignet sein dürfte. Es handelt sich um einen Patienten, der noch zu seinen Lebzeiten in der psychiatrischen Klinik der Universität Münster

behandelt wurde. Gegen den dringenden Rat des Arztes mußte der Kranke seinerzeit auf Verlangen der Angehörigen hin entlassen werden. Der Kranke H. H. beging bald darauf Selbstmord. Von einer Lebensversicherung wurde daraufhin eine Entscheidung angefordert, die den Zusammenhang zwischen einem früher erlittenen Unfall und der jetzt erfolgten Selbsttötung des H. H. durch ein ärztliches Gutachten geklärt wissen wollte.

Während der Behandlung des H. H. in der Münsterischen psychiatrischen Universitätsklinik konnten folgende Ermittlungen von dem Patienten selbst sowie von dessen Ehefrau und von den Nachbarn eingezogen werden:

H. H. ist jetzt 53 Jahre alt und 27 Jahre verheiratet, während welcher Zeit man an ihm etwas Auffallendes nicht bemerkt hat. Gelegentlich hat der H. H. über Gichtschmerzen geklagt. 1930 hat er sich einer Bauchoperation unterziehen müssen. Eine merkliche Veränderung im Wesen des H. H. ist nun zum ersten Male nach der Anschaffung einer neuen Maschine, die größere Kosten verursachte, bemerkt worden. Der H. H. hat sich über die Bezahlung dieser Maschine (eines Traktors) große Sorgen gemacht. Er ist von nun an stiller als sonst gewesen, hat ein mehr oder weniger verschlossenes Wesen zur Schau getragen und den Kopf hängen lassen. Seiner Arbeit ist er aber wochentags stets nachgegangen. Am 15. Oktober 1930 hat er sich nun bei der Arbeit an den Kopf gestoßen, so daß dieser eine blutende Wunde davontrug. Letztere heilte nur langsam und von nun ab klagte H. H. häufig über Kopfschmerzen. Sein Wesen ändert sich nach diesem Unfall noch auffallender. H. H. machte jetzt den Eindruck, als ob er nicht mehr ganz bei Verstande sei. Häufig äußerte er sich: „Sollen wir nicht alle sterben?“ Ein Selbstmordversuch ist von ihm nicht unternommen worden. Bei der Einlieferung in die Klinik gab der Patient dann selbst an: Bis Anfang des Jahres 1930 sei er immer gesund gewesen. Ernstliche Krankheiten habe er nicht durchgemacht. Im Spätsommer 1930 sei er zu der Überzeugung gekommen, daß er nicht mehr leben könne. Damals seien ihm die Gedanken gekommen, daß er den neuangeschafften Traktor niemals würde bezahlen können, und die Schulden sein

Ruin sein würden. Dann sei er zu dem Glauben gekommen, daß er nicht mehr länger leben dürfe, weil er ja nicht mehr zu den lebenden Menschen gehöre. Diese Selbstmordideen nahmen zeitweilig derart überhand, daß er den Versuch zu einer Selbsttötung bereits unternommen habe. Zweimal sei er mit einem Strick abseits im Busch gewesen, mit dem Vorsatz, sich zu erhängen. Religiöse Gründe hätten ihn aber jedesmal zurückgehalten. Einmal habe er auch versucht, sich an einer Zimmertür aufzuhängen. Weitere Todesarten habe er sich auch schon ausgedacht. Dann sei ihm wieder der Gedanke gekommen, seine ganze Familie totzuschlagen, weil er überzeugt gewesen wäre, daß, wenn er nicht mehr lebte, seine Familie auch nicht mehr existieren könne. Er glaubte, daß der „Böse" ihm solche Gedanken eingegeben habe. Von seinen Kindern leide eines an epileptischen Anfällen; die übrigen seien gesund. In der weiteren Familie seien keine Geisteskrankheiten vorgekommen. Über seinen erlittenen Unfall befragt, gab der Kranke an, er habe sich mit seinem Kopf an einer Tür gestoßen. Danach seien Kopfschmerzen und ein „duseliges Gefühl" im Kopf aufgetreten. Das Letztere sei auch heute noch nicht verschwunden.

Der Untersuchungsbefund an der Klinik ergab nun:

1. In körperlicher Hinsicht: Mittlerer Ernährungszustand, breite gedrungene Schädelform mit einem Umfang von 59 cm. Es bestand Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Innere Organe o. B. Puls: 68—72 Schläge in der Minute. Arterienrohr rigide. Blutdruck: 181/105 mm Hg. Es bestand Pes planus beiderseits.

2. Neurologisch: Kopf nicht druck- oder klopfempfindlich, beide Pupillen entrundet, rechts aber mehr als links. Die rechte Pupille ist lichtstarr. Konvergenz- Reaktion beiderseits gut. Innervation des Mundfazialis links besser als rechts. Die ausgestreckte Zunge weicht manchmal nach rechts ab. Sonstige Hirnnerven o. B.

In den Armen grobe Kraft, Muskelspannung und Reflexe normal. Beiderseits gleich. Es bestand feinschlägiger Tremor der Hände, rechts mehr als links. Quinquandsches Symptom positiv. Vasomotorische Erregbarkeit gesteigert. Mechanische Muskelerreg-

barkeit lebhaft. Es bestand Hyperhydrosis in den Achselhöhlen, an den Handtellern und Fußsohlen.

Psychisch: Im Benehmen unauffällig und orientiert. Keine wesentlichen Ausfälle der Intelligenz, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Patient sitzt oder steht meist mit gebeugtem Kopf, fast unbeweglich. Er kümmert sich wenig um die Vorgänge, die sich um ihn herum abspielen; legt häufig den Kopf auf die Tischplatte, als wenn er ihm zu schwer sei, oder stützt das Kinn mit der Hand. Der Gesichtsausdruck ist gleichmäßig unbewegt. Die Augen starren meist etwas traurig zu Boden. Wenn er angesprochen wird, ist es, als ob er aus einem Traum erwache, und nur auf wiederholt gestellte Fragen gibt er Antwort, die langsam erfolgt und monoton gesprochen wird. Manchmal hört er mitten im Satz auf zu sprechen und starrt dann trübe vor sich hin. Seine Bewegungslosigkeit wird nur hin und wieder durch ein verneinendes Kopfschütteln oder einen tiefen Seufzer unterbrochen. Wenn die Rede auf seine Familie kommt, kommen ihm die Tränen und er erzählt von seinen Selbstvorwürfen. Die Untersuchung des Blutes, die wiederholt vorgenommen wurden, ergaben:

Wassermann negativ,
Meinicke negativ,
Sachs/Georgi negativ,
Sachs/Witebski negativ.

Die Liquoruntersuchung zeigte stets normalen Druck, klare Farbe, 2/3 bis 3/3 Lymphozyten;

Die Goldsolkurve war stets normal.

Nonne negativ,
Pandy negativ,
Wassermann negativ.

Die Untersuchungen der Augen in der Augenklinik ergaben eine Entrundung der rechten Pupille und reflektorische Starre derselben. Sonstiger Befund ohne Besonderheiten.

Die röntgenologische Untersuchung des Schädels ergab keine Zeichen für eine alte Bruchstelle. Auch im Bereich der Weichteilnarbe fanden sich keine knöchernen Veränderungen.

Während des Aufenthaltes in der Klinik trat dann eine allmäh-

lich zunehmende Besserung in dem Zustande des H. H. ein. Er nahm nach einigen Wochen bereits am Gespräche seiner Mitkranken teil und saß nicht mehr so sehr in gedrückter Stimmung umher. Hin und wieder sah man ihn bereits wieder lachen. Zeitweise stellte sich dann wieder eine Verschlechterung in seinem psychischen Zustande ein und seine Stimmungslage war wieder sehr gedrückt.

Gegen ärztlichen Rat wurde er am 28. 12. 30 von seiner Frau aus der Klinik geholt. Kurze Zeit darauf, am 10. 1. 1931, beging er dann Selbstmord durch Erhängen.

Von der Lebensversicherungsgesellschaft wurde daraufhin ein Gutachten angefordert, ob durch den Unfall vom 15. 10. 1930 eine Geisteskrankheit bei dem Landwirt H. H. zurückgeblieben sei, daß der von H. H. am 10. 1. 1931 verübte Selbstmord auf den Unfall zurückzuführen sei, oder ob etwa andere Gründe hierfür verantwortlich zu machen seien. In dem darauf von der Klinik abgebenen Gutachten wurde nun u. a. folgendes angeführt:

„Während der hiesigen Beobachtungszeit des H. H. wurde bei ihm neben der erheblichen melancholischen Verstimmung Zeichen einer allgemeinen Verkalkung der Schlagadern mit beträchtlicher Erhöhung des Blutdruckes sowie auf nervenärztlichem Gebiete eine Reaktionslosigkeit der rechten Pupille auf Lichteinfall, und das Fehlen des linken Achilles-Sehnenreflexes bei wiederholtem negativen Ausfall der Untersuchungen des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit auf pathologische Veränderungen festgestellt. Da sowohl nach der Aussage der Ehefrau und eines Nachbarn als auch des H. selbst die ersten Anzeichen seiner später voll entwickelten Geistesstörung bereits vor dem in Rede stehenden Unfall aufgetreten sind, ist als Ursache derselben bei Berücksichtigung des körperlichen Befundes sowie der Eigenart der geistigen Veränderungen ein organischer, von dem Unfall unabhängiger Hirnprozeß, höchstwahrscheinlich eine Verkalkung der Hirnschlagadern, anzunehmen. Da nach den uns vorliegenden Angaben der Unfall verhältnismäßig harmlos war, jedenfalls keine Anhaltspunkte für eine Hirnerschütterung im ärztlichen Sinne oder gar eine noch stärkere Hirnschädigung durch den Stoß des Kopfes gegen eine

Tür vorliegen, und da anderseits die nach dem Unfall geäußerten Beschwerden durchaus im Rahmen desselben liegen, was bei organisch, nicht traumatisch bedingten Hirnprozessen beobachtet wird, kommt nur die Möglichkeit, nicht eine überwiegende Wahrscheinlichkeit in Frage, daß dieser Prozeß bei H. H. durch den Unfall verschlimmert worden ist. Bei der Natur jenes Leidens hätte auch ohne den Unfall dieses voraussichtlich einen ähnlichen Verlauf genommen, wie es tatsächlich der Fall war. Auf die zweite uns gestellte Frage ist zu erwidern, daß die Ursache des Selbstmordes des H. H. seine bereits vor dem Unfall ausgebrochene Erkrankung gewesen ist."

Wiederum handelt es sich bei diesem Fall also um die Beantwortung der Frage: Ist der Selbstmord auf den Unfall zurückzuführen? Gegenüber den früher angeführten Paradigmen wird im Falle H. H. das Vorhandensein einer vor seinem Suicid mehr oder weniger ausgeprägten Geisteskrankheit nicht bezweifelt, sondern im Gegenteil vorausgesetzt und lediglich die Frage aufgeworfen; ob die bei dem H. H. aufgetretene Geisteskrankheit als Folge seines Unfalles vom 15. 10. 30 sich eingestellt hat, und ob die Selbsttötung, die unter dem Einfluß dieser Geistesveränderung verübt wurde, insofern als mittelbare Unfallfolge anzusehen ist. Wird also die Geisteskrankheit als Unfallfolge bejaht, so ist auch damit der zweite Teil der Frage, ob nämlich der Selbstmord auf den Unfall zurückzuführen sei, im positiven Sinne beantwortet.

Die Führung des Nachweises, wie in dem vorher beschriebenen Falle des T. F., ob nämlich bei der Selbsttötung eine Geisteskrankheit vorlag, erübrigt sich also bei gegenwärtigem Beispiel. Die Beobachtungen des H. H. in der Klinik ergab bei ihm zunächst das Bild einer Melancholie. Die typischen Symptome, besonders auf psychischem Gebiete, wie traurige Verstimmung, Bewegungsarmut, Hemmung des Denkens, Einsilbigkeit, Selbstvorwürfe, Verarmungswahn und Selbstmordneigung, sind ein klassisches Beispiel dieser Form des zirkulären Irreseins. Gleichzeitig aber bestand bei dem Kranken eine erhebliche Arteriosklerose mit be-

trächtlich erhöhtem Blutdruck; dazu wurden bei ihm Anomalien der Reflexe, die teils gesteigert, teils nicht auslösbar waren, sowie eine reflektorische Starre und Entrundung der rechten Pupille festgestellt. Eine differenzial-diagnostisch heranzuziehende Gehirnerkrankung auf luetischer Grundlage mußte auf Grund wiederholter sorgfältiger Blut- und Liquoruntersuchungen ausgeschlossen werden.

Es bleibt nun zu untersuchen, ob die Geisteskrankheit des H. H. ausschließlich durch seinen Unfall, nämlich infolge Stoß des Kopfes gegen eine Tür, hervorgerufen worden ist.

Gegen eine solche Annahme sprechen aber nun die Angaben der Ehefrau des H. H., die des Nachbars, und schließlich die eigenen Aussagen des Kranken, nach denen Anzeichen seiner später voll entwickelten Geistesstörung bereits vor dem fraglichen Unfall aufgetreten sind. Endlich läßt auch die Eigenart der geistigen Veränderungen, sowie der körperliche Befund, die Erkrankung nicht als traumatisch entstandenen Prozeß erscheinen.

Wahrscheinlich handelt es sich um eine bereits vor dem Unfall vorhandene Kombination einer Melancholie mit Arteriosklerose, wofür sowohl die klinischen Befunde als auch die typisch-psychischen Veränderungen sprechen. Wohl ließe sich einwenden, daß die sozusagen vorerst noch unbedenkliche Geisteskrankheit des H. H. durch den Unfall eine Verschlimmerung erfahren haben könne; sind doch in der Literatur wiederholt Fälle verzeichnet, bei denen ein schweres Trauma eine bereits bestehende Arteriosklerose ungünstig beeinflußt haben soll. Wenngleich diese Möglichkeit auch bei dem H. H. nicht ohne weiteres abzulehnen ist, so kann doch mit großer Bestimmtheit angenommen werden, daß das Leiden auch ohne den Unfall den gleichen Verlauf genommen hätte. Jedenfalls läßt die Art des Unfalles, der in einem verhältnismäßig unerheblichen Stoß gegen den Kopf bestand und abgesehen von einer Weichteilnarbe keine knöchernen Veränderungen hinterließ, nicht annehmen, daß ein organisches Leiden, wie es die Arteriosklerose darstellt, auf ein geringfügiges Trauma hin derart reagieren würde. Falls aber tatsächlich unmittelbar nach dem Unfall eine plötzlich ganz auffallende Verschlechterung in dem krankhaften Gemütszustande des H. H. eingetreten ist, so ließe

sich diese viel eher dadurch erklären, daß eine auf Grund einer Arteriosklerose bereits krankhaft veränderte Psyche nicht durch das leichte Trauma an sich, sondern vielmehr durch plötzliches Erschrecken oder aber infolge des durch die Verwundung bedingten Krankfeierns und damit fortfallender Gedankenablenkung der täglichen Arbeit, der Möglichkeit, trüben Gedanken und Grübeleien nachzuhängen, abnorm reagiert und zwar in unserm Fall mit einer melancholischen Gemütsverstimmung.

Das Ergebnis der Untersuchung all dieser kurz angedeuteten Hypothesen dürfte jedoch wohl kaum von ausschlaggebender Bedeutung sein. Bestanden schon vor dem Unfall Anzeichen einer Geistesstörung und nahm die seelische Erkrankung einen Verlauf, der zweifellos auch ohne das fragliche Trauma der gleiche gewesen wäre, so ist mit ziemlicher Gewißheit ein kausaler Zusammenhang zwischen Entstehung der Geistesstörung und dem Unfall auszuschließen und damit auch das Vorhandensein von Beziehungen zwischen der unter psychisch abnormem Seelenzustande erfolgten Selbsttötung und dem voraufgegangenen Unfall zu verneinen.

Der Fall des F. K., T. F. und H. H. dürfte u. a. sehr geeignet sein, die Beziehungen zwischen Unfall und Selbsttötung in ihren hauptsächlichsten Unterschieden sowohl als auch in ihrer Wichtigkeit für die medizinische Begutachtungspraxis vor Augen zu führen, sowie die Notwendigkeit, einer baldigst anzustellenden eingehenden Forschung des Psychiaters in dieser Hinsicht, zu erhellen. Allerdings können die drei Fälle nur einen Ausschnitt aus dem umfangreichen, wissenschaftlich noch nicht erschöpfend durchforschten Fragenkomplex der Beziehungen zwischen Unfall und Selbsttötung darstellen. Handelt es sich doch nur um drei, in letzter Zeit allein von der psychiatrischen Universitätsklinik in Münster begutachteten Fälle. Zweifellos wird die Praxis eine Anzahl gleicher oder ähnlich gearteter Fälle kennen[1]. Aber eben das sollte ja auch

[1] s. S. 46. Der psychiatrisch-neurologischen Begutachtung in der Lebensversicherungsmedizin von Prof. Dr. A. H. Hübner, Bonn a. Rh. 1928. Georg Thieme, Verlag, Leipzig.

an den von uns gewählten drei Paradigmen gezeigt werden, nämlich die außerordentliche Mannigfaltigkeit der Beziehungen zwischen Unfall und Selbsttötung.

In fast allen Fällen kann man wohl davon ausgehen, daß durch einen erlittenen Unfall seelische oder körperliche Veränderungen hervorgerufen werden, unter deren Einfluß die Selbsttötung getätigt wird. Durch ein Trauma können aber nun einmal direkte Verletzungen des Zentral-Nervensystems gesetzt werden, die eine Geistesstörung zur Folge haben, oder aber es treten ohne unmittelbare äußere Gewalteinwirkungen auf das Gehirn nach einem Unfall Erscheinungen auf, vielleicht durch Störungen des Liquorsystems, oder durch molekulare Veränderungen des Gehirns, die ebenfalls das Bild einer psychischen Veränderung entstehen lassen. Ferner kann ein Unfall ein bestehendes organisches oder psychisches Leiden ungünstig beeinflussen und endlich noch körperliche Schädigungen nach sich ziehen, die zu dauerndem oder fortschreitendem Siechtum führen und aus dem Menschen in der Erkenntnis seines Leidens einen Psychopathen machen. Begeht nun ein Individuum eine Selbsttötung, zu der solche Voraussetzungen gegeben sind, so kann immer das Vorhandensein von Beziehungen im engeren oder weiteren Sinne zwischen der Selbsttötung und dem voraufgegangenen Unfall angenommen werden.

Die große Bedeutung, die im gegebenen Fall der diese Zusammenhänge ergründenden Arbeit des Psychiaters zukommt, liegt auf der Hand. Wird doch beispielsweise im Versicherungswesen in einem diesbezüglichen Fall die Zuerkennung einer Hinterbliebenen-Rente oder dergleichen davon abhängig gemacht, daß sich auf Grund eines entsprechenden ärztlichen Gutachtens die Selbsttötung als eine mittel- oder unmittelbare Folge des voraufgegangenen Unfalls einwandfrei ergibt.

In der juristischen Spruchpraxis wird nun bei Erledigung von Rentenansprüchen usw., die auf Grund eines Selbsttötungsfalles in unserem Sinne erfolgen, nach bestimmten Grundsätzen geurteilt. So legt u. a. die oben schon einmal erwähnte Entscheidung des R.V.A. ein für allemal fest, daß ein Zusammenhang zwischen

Selbstmord und Betriebsunfall abzulehnen sei, falls der Selbstmord in der klaren Erkenntnis begangen wurde, daß eine Heilung der Folgen des Unfalls nicht zu erwarten sei. Der objektiv und psychologisch urteilende medizinische Sachverständige aber dürfte bei seinen Untersuchungen stets zu der Überzeugung kommen, daß die genaue Präzisierung des Begriffes von „der klaren Erkenntnis", dem in der Entscheidung des R.V.A. entscheidende Bedeutung zukommt, selten oder nie so geschehen kann, wie es seine Wichtigkeit und Tragweite im gegebenen Fall eigentlich erfordern; denn bis heute dürfte es auch dem hervorragendsten Psychologen noch nicht vergönnt sein, das Mysterium der Menschenseele so zu ergründen, daß er die Kräfte und Vorgänge in ihr klar erkennt und damit dem Begriff der „klaren Erkenntnis" in voller Überzeugung jenen Sinn geben könnte, den die Rechtsprechung will. Bis heute dürfte es ihm nicht gelingen, zu ermitteln, ob im Augenblick der Selbsttötung eines Individuums dessen Psyche angesichts der zu dauerndem Siechtum führenden unheilbaren Folgen des Unfalles so destruiert wird, daß bei Begehen der Tat das klare Bewußtsein durch ein Gemisch traurigster Verstimmung und Verzweiflung völlig getrübt ist, und der Mensch etwa gleichsam einem unterbewußten Zwange willenlos folgen muß.

Die Ergründung und Klärung der mannigfachen und manchmal so schwer erkennbaren Beziehungen zwischen Unfall und Selbsttötung stellt also ein Problem dar, dessen Lösung von Fall zu Fall ein ganz individuelles Forschen nicht zum wenigsten in psychologischer Hinsicht vom medizinischen Begutachter voraussetzt. Immerhin dürfte es gelingen, Fälle, in denen Selbsttötung mittel- oder unmittelbare Folge eines Traumas waren, unter Zugrundelegung der bei ihnen im einzelnen stets wiederkehrenden, sich gleichenden Faktoren zu ordnen und zu gruppieren etwa in dem Sinne, wie es in vorliegender Arbeit an Hand der drei von der psychiatrischen Universitäts-Klinik in Münster bearbeiteten Fällen geschehen ist.

Damit wäre dann eine Grundlage geschaffen, die eine prägnantere Formulierung der juristischen Entscheidung und Definitionen auf

diesem Gebiete herbeiführen, dem Arzt aber die von ihm geforderte, häufig so schwierige Abfassung eines entsprechenden Gutachtens wesentlich erleichtern müßte.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Kehrer bestens für das mir in freundlicher Weise überlassene Aktenmaterial und die mir von ihm zur Verfügung gestellte Literatur.

Verzeichnis der berücksichtigten Literatur.

1. Weichbrodt, Dr., Priv.-Dozent: Der Selbstmord (in Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie). Heft 22. Jahrgang 1923—1924. Karger-Verlag.
2. Gaupp, Robert, Dr., Über den Selbstmord. München 1910. Verlag der ärztlichen Rundschau.
3. Handbuch der ärztlichen Begutachtung, herausgegeben von Linger, Weichbrodt, Fischer. Frankfurt a. M. Band 1 u. 2. Verlag von Ambrosius Barth, Leipzig 1931.
4. Riese, Walter, Die Unfall-Neurose als Problem der Gegenwartsmedizin. 1929. Hippokrates-Verlag, Stuttgart.
5. Dreikurs, Rudolf, Dr., Zur Frage der Selbstmordprophylaxe. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Seite 98—114. Verlag Walter de Gruyter u. Co., Berlin u. Leipzig 1930.
6. Meyer, Prof. Dr. in Königsberg, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Verlag Fischer in Jena. 1907.
7. Schultze, Friedrich, Prof. Dr., Über Psychosen und Neurosen nach Unfällen. Deutsche Zeitschrift für Nerven-Heilkunde. 1931. Band: 117/118/119. Band 117, Seite 593—603.
8. Wichtige Entscheidungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. 1921. 16. Folge. Zusammengestellt von Dir. Dr. Bresler, Kreuzburg. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Halle a. d. S. 1921.
9. Hübner, A. H., Prof. Dr., Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. A. Markus u. E. Webers Verlag, Bonn 1914.
10. Reichsgesundheitsblätter, herausgegeben vom Reichsgesundheitsamt Berlin.
11. Hübner, Prof. Dr., Die psychiatrisch-neurologische Begutachtung in der Lebensversicherungsmedizin. Bonn 1928. S. 46. Verlag Georg Thieme, Leipzig.

Lebenslauf.

Am 8. März 1909 wurde ich in Paderborn (Westf.) geboren. Von Ostern 1918 bis Ostern 1927 besuchte ich das in meinem Heimatort gelegene Gymnasium Theodorianum und bestand daselbst die Reifeprüfung im Februar 1927.

In der Folgezeit studierte ich 11 Semester Medizin an den Universitäten: Würzburg, Innsbruck, Hamburg und Münster. Das medizinische Staatsexamen bestand ich am 30. November 1933 mit dem Prädikat „sehr gut".